

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

NO 2398

**Déclaration de Maladie : N° S19-0051142**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Matricule : <u>TAGHI ESSADDIK</u>	Société : <u>R.A.M.</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) ↑	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>SS 757</u>	Date de naissance : <u>18.09.59</u>	
Adresse : <u>13 Rue TAÏDOUAD HAY EL HABA COOP</u>	Total des frais engagés : <u>95.8.20</u>	
Tél. : <u>6613 45632</u>	Dhs	

## Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : TAGHI ESSADDIK Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : H.T.A + Etat hypertonique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Coz Le : 16/11/2024

Signature de l'adhérent(e) : e.g.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18.01.2024	C	—	150,00	Docteur Omar BEN Médecine Générale Rue 65 N°32, Etat Hassan II Casablanca Ettâouine H. Hassan II Casablanca Tél.: 0522 99 98 01

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE EL JAOUI Dr. JAOUI Bouchra Rue 22 No 55 Hay El Hana Casablanca Tél : 0522 39 91 24	18.01.2024	208,20

## ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.  
**Important :**  
 Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Doctor Omar BENNOUNA

Médecine Générale  
Echographiste

Doctor Omar BENNOUNA

Diplômé d'Echographie Générale  
de la Faculté de Médecine de Montpellier France  
Ex. Médecin des F.A.R  
Attestation de D.I.U

Médecine Générale  
Bld 65 N°53, 2<sup>me</sup> Etg Passage Prince  
Ettaâouna H. Hassan - Casablanca  
Tél.: 0522 99 98 07

ونة

الملكة  
شهادة في وضع اللوب - العمى الصغيرة 151,60

Casablanca, le 18.01.2021

Mr TAGHI ESS ADDI K

151. 60x4

Sulist

80/5mg

151,60

98.80

1cp 1/2 nati

Neofortan 16

22.70x2

1cp 2 3/4

151,60

Rimicaine

28.80 x 2

18 x 3 1/2 A

151,60

Vitamine fort

808.20

1cp 2 3/4 A

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 03/2026  
LOT 33022 1

PHARMACIE  
Dr. JAH  
Rue 22 N° Cas  
Tél.: 0522 90 98 07

المسؤل الصيدلي  
المسؤل المالي  
المسؤل المدير

05 22 90 98  
Rue 65 - N°

زنقة 53، الطابق الثا  
ث. Cabinet : 05 22 90 98 07